SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 16:35).

–Antes que nada, quiero informar de la ausencia del señor senador García, quien no puede estar presente en esta sesión debido a que ha sido convocado por el señor presidente de la república a participar del proceso de discusión de los temas que se están tratando por todo el sistema político. De todos modos, se ocupará de leer la versión taquigráfica de las exposiciones que realicen las delegaciones que hoy nos visitarán.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«Comentarios al proyecto de ley de Salud Mental que tiene a estudio la comisión remitidos en un documento por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Asociación de Psiquiatras del Interior, Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina –UdelaR–, y Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, también de la UdelaR.

Informe solicitado al Ministerio de Salud Pública sobre ecografía fetal.

Solicitud de audiencia del Consejo de la Facultad de Psicología para exponer sobre el proyecto de salud mental.

Expediente digital remitido por el secretario redactor José Pedro Montero relacionado con la asistencia de los asesores de los senadores siempre y cuando los senadores estén presentes en sala.

Versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por el señor representante Pablo Abdala en la sesión del 11 de mayo de 2016 en relación con la prevención y el tratamiento de la fibromialgia.

Material aportado por los funcionarios del Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo con motivo de la solicitud de audiencia formulada».

–Si el tiempo nos permite, tenemos como último punto del orden del día la carpeta relativa al proyecto de ley de Ecografía Fetal con Evaluación Cardiovascular. A este respecto, se ha remitido a los señores senadores el informe que nos envió el Ministerio de Salud Pública en torno al decreto dictado sobre este tema. Hicimos un comparativo que también lo hemos enviado y sugerimos, en el momento del tratamiento, abordar el decreto que hoy tiene el ministerio en torno al tema y ver qué camino debemos tomar.

SEÑOR CARÁMBULA.- Simplemente para dar entrada a la comisión del siguiente tema.

Informalmente se han comunicado con nosotros los responsables del Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo –en particular la doctora Guianze– ya que tienen mucho interés en dar su opinión sobre el proyecto de ley que estamos tratando. En los próximos días harán un informe para el parlamento y planteaban que a partir de los primeros días de julio estarían en condiciones de venir. Simplemente quisiera que se agendara esa invitación.

Por otra parte, señora presidenta, recibí a la Unión de Padres por la Cura del Autismo en el Uruguay –no sé si los otros compañeros de la comisión también lo han hecho–, que aportan al tema

del autismo una visión, digamos, complementaria o integradora sobre las distintas visiones que existen sobre este problema. Han solicitado entrevista a la comisión de la Cámara de Representantes, al tiempo que también piden ser recibidos por la Comisión de Salud Pública del Senado. Por lo tanto, solicito que la comisión lo agregue a la agenda de julio, en tanto lo más importante que tenemos ahora es la consideración del proyecto de ley de salud mental. Me da la impresión de que cuando recibamos a las próximas delegaciones, en el mes de julio, podemos hacer un pequeño espacio para esto. Dejaré el material correspondiente en la secretaria para que sea repartido.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nosotros también recibimos una solicitud de parte de un movimiento de padres de niños y niñas que sufren autismo. Por tanto, si los señores senadores están de acuerdo, me parece importante agendarlos para las primeras sesiones del mes de julio dentro de las entrevistas habituales.

Al respecto, le solicito a la secretaría que adjunte la información recabada en la Cámara de Representantes porque allí se llegó a abordar –más allá de que se haya archivado– una propuesta a manejar con las propias autoridades de la educación y de la salud. Si hay entonces antecedentes, solicito que la secretaría los adjunte a la información con que ya se cuenta y se repartan entre los miembros de la comisión. Si los señores senadores están de acuerdo, agendamos esta entrevista para el mes de julio.

Lo mismo sucedería con el Instituto de Derechos Humanos al que, si recuerdan los señores senadores, tenemos que consultar porque es uno de los elementos que nos han traído algunas de las organizaciones que ya estuvieron, sobre todo en el marco de la comisión de seguimiento de esta propuesta.

Si no hay otros planteos hacemos pasar a los invitados.

(Ingresan a sala representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay).

–Buenas tardes.

En el día de hoy los miembros de la Comisión de Salud Pública del Senado reciben con mucho gusto a representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Esta delegación está integrada por el Presidente de la Comisión Directiva, señor Rafael Sibils y las doctoras Cecilia Idiarte Borda, Mariela Pérez, Concepción Balloco y el doctor Alejandro Cuesta. Agradecemos su participación.

Les hemos enviado la documentación hasta donde hemos avanzado en esta etapa de plena discusión del proyecto de ley sobre salud mental. Los integrantes de esta comisión estamos realizando distintas entrevistas con todas delegaciones académicas y organizaciones sociales y médicas. En ese sentido nos interesa sobremanera la opinión de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, en torno a este proyecto de ley que estamos considerando.

SEÑOR CUESTA.- Buenas tardes.

Soy el secretario médico del Sindicato Médico del Uruguay y en calidad de tal acompaño a esta delegación –con un fin común– integrada por: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Asociación de Psiquiatras del Interior y las Cátedras de Psiquiatría y de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina.

Estamos contentos y a la vez ansiosos de estar acá.

Sentimos que el tema en consideración parte desde el demos de psiquiatría –año 2014– y del Sindicato Médico, el cual muchas veces es el pararrayos de insucesos. Buscamos soluciones más de fondo a los problemas. No queremos estar permanentemente apagando los incendios, sino buscar soluciones que nos hagan evitar esa situación y crecer cuantitativa y cualitativamente en la calidad de asistencia de la población uruguaya. Sin duda pensamos y además lo saben las autoridades –empezando por las del Ministerio de Salud Pública– que la salud mental es una prioridad y probablemente un debe de los elementos a atender en fechas perentorias, que históricamente vienen siendo mal manejados; esto no es de ahora.

Hace dos años que empezó este proceso. En el año 2015 el Ministerio de Salud Pública realizó una convocatoria muy amplia y generosa a todos los actores que a su entender –incluso, al entender de ellos mismos, lo cual fue una característica– estaban involucrados. No fue una instancia puntual de comunicación, sino un proceso prolongado en el cual se nombraron subcomisiones de trabajo para cada una de las áreas temáticas. Queremos resaltar, primero, la amplitud de la convocatoria, no solo en lo que se refiere a su carácter democrático, sino también a los contenidos y a la posibilidad de que fuera una instancia de aunar criterios y de llegar a un acuerdo. Una de las características que tienen las comisiones del Uruguay es que están llenas de uruguayos, entonces sabemos que cada uno va a tener sus grises, sus negros y sus blancos; pero habiendo un fin común tan importante parece razonable que se pueda acordar. Así se trabajó y se acordó y, por supuesto, posteriormente hubo una etapa de resumen y de agrupación de la información por parte del ministerio, buscando una síntesis, que terminó en este proyecto de ley que se está considerando ahora, en la instancia democrática correspondiente, y eso nos pone contentos, porque es justamente lo que buscamos.

Voy a dar paso a la gente que sabe del tema, que son los psiquiatras, para que de alguna manera pueda catalizarse este proceso. Todo tiene sus etapas, todo tiene sus tiempos, y no queremos que este tema sea uno más de esos que terminan siendo discutidos eternamente por voces que, en su derecho, acceden a canales de comunicación y que uno no pretende tachar de ruidos pero sí, por lo menos, de cosas periféricas a un proceso que parece haber sido bastante cristalino y haber tenido una intención común buena, a la que finalmente se llegó.

En lo que respecta al proyecto de ley, es arreglable, perfectible, modificable; los propios colegas tienen algunos puntos que comentar, pero tenemos este texto sobre la mesa y nos parece que en un plazo que no puede ser demasiado dilatado –por la salud mental de los uruguayos– debiera terminar de analizarse.

SEÑORA PRESIDENTA.- A los efectos de que quede constancia en la versión taquigráfica, quisiera aclarar que habíamos invitado también al Sindicato Médico del Uruguay. ¿Esto significa que este informe lo están presentando en forma conjunta las dos entidades?

SEÑOR CUESTA.- Sí, en efecto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Perfecto; solo pedí la aclaración porque estábamos pensando, justamente, en si teníamos que volver a convocar a los integrantes del sindicato.

SEÑOR CUESTA.- Honestamente, debo decir que hemos venido con la delegación, aunque no por esa invitación, pero igual vale.

SEÑORA BALLOCO.- Me gustaría puntualizar que las cátedras también han suscrito este documento aunque hoy, por razones de agenda, no han podido estar presentes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Sí, tenemos constancia de ello en el documento original; por eso nos pareció oportuna la otra aclaración.

SEÑOR SIBILS.- Buenas tardes y gracias por recibirnos.

Voy a leer parte de este texto, el que ya les fuera enviado para que lo pudieran ver.

Las instituciones mencionadas –o sea, las cuatro sociedades de psiquiatría que estamos acá y las dos cátedras– hemos analizado el proyecto de ley que envió el ministerio y hoy queremos hacer una breve presentación que expresa nuestra opinión en términos generales. Además, hay un documento adjunto que contiene un detalle minucioso de los temas.

Consideramos que este proyecto de ley constituye un marco de referencia sólido y, a la vez, flexible para elaborar un plan nacional de salud mental que permita coordinar acciones que se necesitan en dicha área. Por ello, la evaluación que hacemos de él es, en general, positiva.

Para fundamentar tal apreciación, nos basamos en las siguientes puntualizaciones. La elaboración del proyecto de ley implicó la consulta a múltiples colectivos, ampliando la base democrática de la génesis; de él participaron muchas disciplinas y muchos grupos sociales. Se enmarca en los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud: universalidad, equidad, accesibilidad y calidad, que abarcan los ámbitos tanto público como privado. Reconoce la importancia de los aspectos biopsicosociales como *continuum* que incide en la salud y, por lo tanto, en la salud mental, prevé la intersectorialidad y se sustenta en un enfoque amplio recomendado por organismos internacionales llevado adelante en los países avanzados en ese tema. Este enfoque supone que una asistencia en salud mental de calidad, eficaz, eficiente, oportuna y equitativa y con medidas especiales para la protección de las personas con enfermedad mental implica, además del sistema sanitario, acciones de apoyo social en distintas áreas, entre ellas destacamos el acceso al trabajo, la vivienda, la educación, una jurisprudencia adecuada, posibilidades de esparcimiento, de integración social y, particularmente, la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas.

Otro aspecto a señalar es que se trata de un proyecto fuertemente enraizado en un cambio de paradigma fundado en un sistema garante de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la población. Pone énfasis en la autonomía, la privacidad y la atención oportuna y continua para personas portadoras de trastornos mentales y sus familias. Rechaza la discriminación de los individuos que han tenido o tienen patología psíquica y sostiene que esta no debe presumirse, sino basarse en un diagnóstico, reafirma el consentimiento informado de los pacientes e incluye a las adicciones como un problema de salud mental que no estaba contemplado en la ley anterior.

Es importante destacar que mandata la elaboración de un plan nacional de salud mental generando la oportunidad de un cambio metodológico para implementar las políticas de salud que definen objetivos, metas, funcionamiento, evaluación y monitoreo que tiene que ver con lo siguiente. A partir de este plan se pueden disponer transformaciones estructurales que sustenten un cambio en el modelo de atención. Se propone un cambio de modelo con continuidad en la atención de salud mental, enfatizando las instancias de prevención y promoción, definiendo patrones de organización y prestaciones tomando en cuenta la rehabilitación desde el principio del proceso. Expresa la necesidad de niveles, ámbitos y redes articuladas, para proporcionar la atención a cada caso, y equipos interdisciplinarios para diferentes tareas. Plantea diversas modalidades de hospitalización –tiempo completo, parcial, domiciliario, en sala general o especializada– y prevé garantías y controles para todos los casos, incluyendo el cierre progresivo de las instituciones asilares, no autorizando el ingreso de pacientes a las que ya existen y proponiendo estructuras alternativas adaptadas a cada individuo y situación socio-familiar. Se crea una comisión de contralor de atención de salud mental con potestades para vigilar y supervisar el sistema en distintas instancias ubicándolas dentro del Ministerio de Salud Pública. Todos estos aspectos nos parecen positivos y que son una base sólida para constituir una ley que contenga un plan que permita acciones eficaces.

Ahora señalaremos algunos aspectos con los que no acordamos o tenemos ciertas discrepancias. En cuanto a disposiciones relativas al cambio de modelo de atención no establecen plazos para su efectivización ni directivas específicas para su implementación, lo que creemos inconveniente, ya que estos aspectos deberían estar contemplados en la ley, seguramente serán contemplados en el plan de salud mental una vez que se concrete, pero quizás haya algunos aspectos que deberían estar más puntualizados en cuanto a tiempos, tal como manifestaba el doctor Cuestas. No se establecen disposiciones para algunas de las poblaciones más vulnerables como infancia,

adolescencia, adultos mayores, personas privadas de libertad, lo que no permite objetivar claramente sus necesidades –no es que nosotros no acordemos con el plan sino que señalamos este aspecto como una carencia–, se propone que la hospitalización no tenga límite prefijado de tiempo tal como hace mucho reivindicamos los psiquiatras en tanto discrimina a nuestros pacientes, pero plantea que esto debe ir instaurándose en forma acorde a las posibilidades de las instituciones, lo que no creemos adecuado porque es un derecho que debería regir desde la entrada en vigencia de la ley. Consideramos que la Comisión Nacional de Contralor de la Atención de Salud Mental tendría que incluir un psiquiatra de adultos y un psiquiatra pediátrico –en este momento el proyecto no los incluye– cuya designación debería ser consensuada entre las instituciones que representan a los colectivos de dichas profesiones. Para internar a un paciente el proyecto de ley exige la firma de un psiquiatra y parece justo y lógico que haya un psiquiatra que luego evalúe la internación.

Por otra parte, el proyecto omite toda mención acerca de la psicoterapia. La psicoterapia es una disciplina de gran importancia en nuestro país ya que ataca diversas áreas de la salud mental. Incluso, hace cuatro o cinco años el Ministerio de Salud Pública exigió a todos los prestadores de salud que ofrecieran asistencia en psicoterapia, cosa que se está haciendo en este momento. Sin embargo, no hay normativa estatal respecto a quién puede ejercer la psicoterapia ni qué formación debe tenerse. Es decir que en este momento cualquier persona que se diga a sí mismo psicoterapeuta, puede ejercer la psicoterapia. Por lo tanto, sería importante incluir en el proyecto de ley lineamientos y plazos generales para su reglamentación. Sabemos que es un tema complejo, pero hay que empezar por algún lado.

Finalmente, respecto al plan de salud mental, más allá del texto definitivo del proyecto de ley que se votará, el Poder Ejecutivo deberá elaborar un plan para avanzar progresivamente hacia una atención de mayor calidad. Para la ejecución de tal plan, es determinante la voluntad del estamento político en cuanto a la asignación de recursos económicos que aseguren las estructuras necesarias, la continuidad de la atención y la capacitación de personal idóneo para llevarlas adelante. Queríamos mencionar este aspecto especialmente porque es donde muchas veces se falla.

Saludamos a los señores senadores y quedamos a su disposición.

SEÑOR AGAZZI.- Por lo que nos han dicho quienes han trabajado en el proyecto de ley de salud mental –que ya ha sido abordado en el pasado, pero no se ha llegado a buen puerto–, es un tema muy complejo ya que tiene que ver con aspectos jurídicos, con los derechos humanos, con aspectos médicos y con aspectos de salud mental en sí mismos. Para nosotros es muy importante todo el trabajo que ha hecho la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Desde luego, como en toda construcción legislativa, cuando estudiemos el informe punto por punto decidiremos qué aspectos incluimos en el proyecto de ley.

Aprovechando la concurrencia de nuestros invitados, deseo formular tres preguntas y escuchar sus comentarios. En primer lugar, quiero hacer referencia al tema de la transición. Hoy en día tenemos un sistema para tratar la salud mental que todo el mundo desacredita. Ese sistema tiene una estructura física, hace unos días visitamos las colonias para interiorizarnos sobre el sistema. La situación actual no es solo un paradigma, sino que esto llevó a un estado de las infraestructuras, de la relación paciente-profesional y de todos los recursos humanos, que en muchos aspectos se puede calificar como de abandono. Hay personas con muy buena intención que trabajan mucho para levantar la situación y son conscientes de que recuperar lo que está instalado no es la meta, sino que hay que hacer dos cosas: recuperar y cambiar.

Pero lo clave de este asunto es la transición. ¿Cómo va a ser la transición? ¿Cómo se pasa de las instituciones manicomiales que hay ahora al nuevo paradigma? No se pueden tener las dos cosas funcionando al mismo tiempo e ir eliminando progresivamente el sistema en desuso. Aquí tenemos un problema grave, que también lo tenemos con la implementación de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Se cambia de paradigma, pero casi todas las cosas pertenecen al sistema anterior. ¿Se puede construir un nuevo sistema con la mentalidad del sistema anterior? Quisiera escuchar sus comentarios y saber cómo ven la situación. Me parece que los proyectos de ley pueden llegar a ser muy buenos y pueden marcar como debe ser una cosa, pero tenemos que resolver concretamente en función de los problemas reales que tenemos.

El segundo tema, que está vinculado con lo que acabo de decir, es el de los plazos. Nuestros visitantes dicen que el proyecto de ley no tiene plazos. En lo personal, estoy bastante aburrido de ver leyes que establecen plazos y después hay que elaborar otras para decir que aquellos no se pudieron cumplir. El propio Sistema Nacional Integrado de Salud es un ejemplo de ello. Si uno fija los plazos de antemano, podrá advertir que no son una cosa viva que va adquiriendo formas a medida que se va instrumentando. Quizá ustedes tengan conocimiento de estos temas por haber analizado la legislación comparada.

Finalmente, nuestros visitantes han manifestado que no hay mención alguna a la psicoterapia –disciplina esta de mucha importancia–, que no existe normativa al respecto y que no se dice quién puede ejercerla. Si bien esto es cierto, no sé si ello debiera establecerse por ley porque, en general, las distintas profesiones que tiene la sociedad no se fijan por leyes. En realidad, lo que los organismos de formación hacen es acreditar los haberes y después quien organiza las actividades requiere que se tenga la titulación suficiente. Quizá este tema de la psicoterapia deba tratarse en sí mismo porque, si bien entiendo que eso es necesario para el contenido conceptual de la ley, no sé si debe ser contemplado en el texto. Diría que casi estoy discutiendo el argumento que nuestros visitantes dieron, pero me gustaría conocer qué opinión tienen al respecto.

SEÑOR CARÁMBULA.- Si bien la inquietud que voy a plantear está en el documento que han aportado a la comisión –este es uno de los temas que genera mayor debate en la elaboración de la ley–, me gustaría profundizar sobre el organismo de contralor de la atención de la salud mental. Por lo que he podido apreciar, ustedes están afines a que esto esté en el marco del Ministerio de Salud Pública y, en tal sentido, incorporan dos conceptos: la participación de los psiquiatras, ya sea de adultos como pediátricos, y cambian el concepto de honorario por rentado.

Quisiera saber si son esos dos los temas centrales que están planteando con respecto a esto.

SEÑORA IDIARTE BORDA.- Con respecto al tema de la transición debo decir que, al principio, van a tener que coexistir ambos sistemas. En otros países se ha visto que han cerrado los asilos y que se han sacado los pacientes a la calle. Eso obviamente no lo queremos. Lo primero que se plantea en las colonias –apuntando directamente a lo planteado por el señor senador– es el cierre de los ingresos. Si uno piensa en aquellos pacientes que, por edad –no por muerte accidental–, van a ir falleciendo, podemos decir que, al cabo de varios años, se podrá lograr disminuir mucho la población de las colonias. Al mismo tiempo, se debe ir instaurando –a nivel del Ministerio ya hay gente muy capacitada en el tema, a la que podremos apoyar– todo el sistema de residencias asistidas y de los hogares de medio camino, previsto en la ley. Reitero que, sin duda alguna, los sistemas tendrán que coexistir.

Consideramos muy importante la creación de unidades especializadas de salud mental en los hospitales generales, como los que existen en muchas partes del mundo. Esto tiene que ver mucho con la estigmatización, con aquello de que los pacientes psiquiátricos, los locos, deben estar lejos. De todas formas, la idea es que puedan estar, por aquello de la interdisciplina e intercurrencia con muchas patologías orgánicas, en un hospital general.

SEÑORA BALLOCO.- Represento a la Sociedad de Psiquiatría del Interior.

Desde la órbita, justamente, del interior, hablamos del viejo tren de los locos, un tren que venía desde Paysandú y llegaba a las colonias lleno de pacientes. Hoy pretendemos que los pacientes vuelvan a sus lugares de origen, que no pierdan sus identidades y poder instalar estos lugares en los centros de asistencia, en los mismos hospitales. Como dice la doctora, la salud incluye a toda la salud. No queremos estigmatizar a los pacientes, ni aislarlos, sino que su medio familiar, su medio cultural, esté cercano, para que también puedan tener lo que se plantea en el documento: rehabilitación desde el inicio, que tengan no solamente la asistencia del cuadro delirante sino, además, la inclusión de sus familias, de sus culturas. La idea es que aquellos que vienen, por ejemplo, de Artigas no tengan que quedarse acá, cercanos a Montevideo o en el medio de la nada, pues quedan totalmente aislados y se les hace mucho más difícil.

Es cierto lo que aquí se decía: también es un lastre que venimos teniendo las sociedades científicas esta preocupación por las colonias y cómo dejar estos grandes asilos que en su momento fueron creados de una manera ejemplar y luego, realmente, fueron en decadencia. Hoy las realidades mundiales nos dicen que la patología no es asilar, sino que debe ser comunitaria y debe atenderse en pequeños lugares. Estos dispositivos se pueden crear e ir mejorando a medida que se va transitando el camino. La transición va a tener que ser en conjunto. Vamos a tener que ir dejando estos espacios, crear otros nuevos y evitar dejar vacíos en que los pacientes queden en esa entelequia de que no están siendo atendidos en ninguna parte. Siempre vamos a tener un grupo de pacientes crónicos que, inevitablemente, van a tener que estar en lugares para su cuidado y atención.

SEÑOR SIBILS.- Voy a usar un mismo concepto para dos preguntas referidas al tema de la transición y al de la psicoterapia, y es el de la gradualidad. Obviamente, la transición requiere una gradualidad, dedicar recursos probablemente a aquellas cosas que se identifican como más importantes. El ministerio tiene gente como para identificar cuáles son las cosas más importantes y poner en marcha planes. De hecho, esta ley de salud mental, de alguna manera, es bastante similar a un plan de salud mental de hace treinta años, en el que muchas de estas cosas se decían; algunas se pusieron en marcha, algunas funcionan y hay algunas mejoras, pequeñas articulaciones. Estaría bueno que gradualmente se fueran precisando cuáles son las áreas en las que se puede incidir. Probablemente las colonias sea una de ellas, porque son lugares que merecen cambiar.

Con respecto al tema de las psicoterapia –capaz que lo expresamos mal–, la idea no es que la ley lo determine claramente, sino que el ministerio reglamente cuáles serían las profesiones y la formación, del mismo modo que reglamenta la medicina, la psicología o cualquiera de las áreas que tienen que ver con la salud. La idea sería que el ministerio genere un reglamento, en concordancia con las instituciones, que indique quiénes pueden ser psicoterapeutas. Ya ha habido discusiones al respecto, pero el ministerio, gradualmente, podría empezar por decir que a su entender los que pueden hacer psicoterapia son tales profesiones con tal formación. Eso habrá que verlo.

Era lo que quería decir.

SEÑORA XAVIER.- En primer lugar, quería agradecer a la delegación su presencia y el trabajo realizado, porque es notorio que han reflexionado sobre cada concepto con absoluta responsabilidad, y eso es bueno porque nos nutre de muchos elementos.

Quería saber –en la medida en que están las cátedras–, en esta reflexión colectiva, cómo ven la formación de quienes deben luego llevar adelante el cambio de paradigma. Cuando esta Comisión estudió y llevó al plenario del Senado la aprobación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, uno de los tres componentes fundamentales era el cambio de modelo, y allí notoriamente vimos un retraso en la formación, en el currículo con el que formamos a nuestros diferentes actores de los equipos de salud con relación a ese cambio de paradigma. Estoy muy lejos de saber cuál es actualmente la formación de los recursos humanos de los que se pueda disponer para toda el área de salud mental, cuánto hay de debate, cuánto puede haber de apropiación de la necesidad de ese cambio de paradigma, porque también allí hay una transición y una adecuación que me parece muy importante.

También quería decir que algunos de los reclamos que ustedes hacen con relación a una mayor definición en el cuerpo de la ley nosotros lo reservamos para la reglamentación porque creemos que existe la necesidad de que las metas y los plazos en que se cumplen deben ser acordados también en ámbitos multi o pluri, pero con los actores que directamente el ministerio de salud debe monitorear en su papel de rectoría. La ley implica determinada rigidez; como decía el señor senador Agazzi, muchas veces hay que adecuar los plazos, y lo que pensamos que puede ser más imperativo, que es incluirlo en la ley, después termina siendo un obstáculo para la concreción. Por más que muchas de estas cosas se hacen en tiempos muy rápidos cuando hay voluntad política, su análisis siempre implica el debate en las comisiones, el pasaje por dos cámaras y eso enlentece. Lo digo a modo de explicación. A veces realmente uno no se lo propone e incurre en algún desvío de lo que son las prácticas legislativas habituales y después se encuentra con que en esto no hay atajos. El Poder Ejecutivo debe implementar los principios rectores y las definiciones de la ley, con el mayor marco de flexibilidad, aunque su contracara algunas veces sea su no implementación. No creo que en esta ley,

que aún es un proyecto, estemos con el riesgo de que haya ausencia de implementación porque me parece que hay una necesidad, una insatisfacción de muy larga data y un compromiso también de muchos actores que han logrado que esta ley tenga la participación de un espectro muy amplio de la sociedad uruguaya.

SEÑOR SIBILS.- No me corresponde a mí hablar en nombre de las cátedras, pero sabemos que francamente apoyan los planteos que nosotros hemos hecho y que están de acuerdo con el proyecto de ley, más allá de las objeciones que planteamos. No sabría decir cómo se está ejecutando la formación concreta del posgrado o de grado en lo que tiene que ver con psiquiatría y salud mental y no voy a abundar en eso, pero sí quiero decir que hay preocupación. Esas cosas que planteamos son las que se trasmiten a los estudiantes de grado y de posgrado. Hay un concepto de salud mental que va mucho más allá de la psiquiatra clínica específica que se enseñaba en su momento y que se centraba en el enfermo. Estos conceptos están llegando más a los colegas jóvenes pero, lamentablemente, hoy no pudo venir nadie de la clínica.

SEÑORA IDIARTE BORDA.- Quería decir algo de los plazos. Sin duda, tenemos la necesidad de implementarlos porque está el temor de que a veces las cosas quedan escritas en las leyes y después no se cumplen. También entendemos lo que dice la señora senadora Xavier de que después hay que retractarse en los plazos.

También nos referimos a la limitación de la internación psiquiátrica. Me pregunto qué pasaría si algunos de quienes estamos acá sufriéramos un infarto al miocardio, estamos internados treinta días, sufrimos un segundo infarto y no tenemos derecho a la internación en lo que son los efectores privados. Entonces, respecto al plazo de ese punto solo consideramos que tendría que ejercerse a partir de que la ley se vote. Sin duda sabemos que va a requerir negociaciones, pero si lo comparamos con otra área de la medicina y lo pensamos así, nos damos cuenta de que tiene que tener derecho, si sufre una segunda descompensación, a estar internado. Ese punto me parece clave.

SEÑOR CUESTA.- ¿Qué es lo que esperamos de la instancia parlamentaria? Que se llegue a acordar y a votar el contenido político-técnico del proyecto de ley. No se puede dar una orden sabiendo que no se la puede ejecutar. De hacerse, el culpable, evidentemente, es el que da la orden. Los tiempos para la concreción aún no los manejamos; es la verdad. ¿Por qué? Porque requieren de un trabajo, fundamentalmente del ministerio con todos los efectores, que todavía no está definido, que probablemente involucre a alguna otra cartera.

¿Qué es lo que buscamos? Que el plazo que se le otorgue al Poder Ejecutivo tenga tiempos acotados y defina esa reglamentación. Eventualmente, durante esa transición, puede extenderse en el tiempo. Lo que no podemos es –me parece– definir esas normas y generar nuevamente en el Ministerio de Salud Pública un ámbito en el que se discuta, derogue y demás, para terminar en nada. En ese caso la culpa sería nuestra.

Probablemente los efectores –que son quienes van a cumplir con esto–, no cuenten con la infraestructura para hacerlo y tal vez nos reclamen que necesitan el acápite, etcétera. Pero de alguna manera se puede establecer la prioridad de la reglamentación de ese proyecto de ley para acotar los tiempos de esa instancia. Eso es lo que buscamos.

SEÑORA IDIARTE BORDA.- Con respecto al organismo de contralor, defendemos que se encuentre en el marco del Ministerio de Salud Pública por su función de rectoría. El Instituto Nacional de Derechos Humanos, por sus propias funciones, tiende a garantizar los derechos humanos de las personas, por lo tanto actúa por sí mismo. Planteamos la creación de una relatoría para derechos humanos y salud mental como para reforzar esto, pero pretendemos que este órgano de contralor permanezca en el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR SIBILS.- Resulta discriminatorio colocar a los pacientes siquiátricos fuera del ámbito de salud pública. ¿Se trata de un grupo especial de pacientes que necesita ser mirado de otro lado? No nos cierra demasiado esa idea.

SEÑORA BALLOCO.- En el interior, en el litoral y en Montevideo, los post grados se están formando con esta filosofía. Hace dos años que existen mesas y grupos de trabajo vinculados al nuevo proyecto de ley.

SEÑORA XAVIER.- Considero fundamental que se definan los currículos porque no puede depender de la voluntad y del involucramiento de los actores que estén transitoriamente. Siempre nos cuesta, para que las leyes efectivamente no solo consoliden una transformación sino que promuevan mayor empoderamiento de la gente, el hecho de que a nivel educativo estén incorporados a los currículos los aspectos sustanciales de las visiones que desde la óptica del derecho tienen las diferentes realidades.

SEÑOR CARÁMBULA.- Brevemente, quisiera proponer lo siguiente.

Habida cuenta del planteo de la señora senadora Xavier que también es manejado por la delegación que nos visita, propongo que se les envíe la versión taquigráfica donde consta la preocupación de la señora senadora, tanto a la delegación que nos visita como a las cátedras de psiquiatría de adultos, de niños y de adolescentes, a efectos de que en el curso de la discusión de este proyecto, podamos contar con su opinión y complementar el informe que hemos recibido en la sesión de hoy. Por cierto, la intención es que todo se haga sin prisa pero que se concrete lo antes posible.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos haremos cargo del envío de la versión taquigráfica, tal como lo ha propuesto el señor senador.

Agradecemos el texto comparativo que nos han entregado que, por supuesto, nos servirá en el momento en que discutamos artículo por artículo del proyecto.

En cuanto al cambio de modelo, es importante que cada uno incorpore la idea de que efectivamente vamos hacia un cambio. Ayer observamos en las colonias que hay una franca intención de ir hacia el cambio de modelo. Concretamente se puede visualizar en las cifras del programa de egresos, donde figuran cerca de ciento sesenta pacientes que han sido dirigidos a casas de medio camino o que ya están siendo atendidos bajo otras medidas. Pienso que eso es lo importante, pues demuestra que el cambio de modelo está incorporado en cada uno de nosotros.

Agradecemos su presencia y, por supuesto, tenemos intención de mantener este vínculo, por ejemplo, por correo electrónico, para que se mantengan al tanto de cómo se va desarrollando la discusión del proyecto de ley y de las distintas posiciones que recibimos sobre este tema.

(Se retira de sala la delegación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay).

(Ingresa a sala la Asociación Uruguaya de Alzheimer y similares, AUDAS).

–La comisión tiene el gusto de recibir a la señora Victoria Repisso, presidenta de AUDAS y el sicólogo Robert Pérez, integrante del consejo directivo, quienes han solicitado una audiencia a la comisión, en el marco de la consideración del proyecto de ley de salud mental.

SEÑORA REPISSO.- Soy la presidenta actual de la Asociación Uruguaya de Alzheimer, asociación civil sin fines de lucro, fundada en 1991, por lo que estamos cumpliendo nuestros primeros 25 años de vida.

Hemos realizado un trabajo ininterrumpido, por cuanto estamos contentos con lo alcanzado y seguimos avanzando para dar una respuesta a la sociedad civil.

Como saben los señores senadores, en Uruguay las demencias son un debe, en el sentido de que no están incluidas –por así decirlo– en ninguna ley y es importante que así sea. Por lo menos esto

es lo que percibimos desde la asociación, en tanto atendemos a las familias que tienen en su seno una persona con demencia.

Nuestra prioridad ahora es justamente brindar un sostén, un soporte donde las familias puedan contenerse para una mejor calidad de vida de todos, porque esto no solamente alcanza a la persona con demencia sino también a su núcleo familiar y desde la asociación es lo que más contemplamos.

Voy terminando porque sé que estamos cortos de tiempo y queríamos presentar todo lo que hacemos.

Aclaro que somos miembros de Alzheimer Ibero América, fundación que incluye América Latina, Centroamérica, el Caribe –de habla hispana– y España. También somos miembros activos de la federación mundial, que trabaja desde Londres, llamada *Alzheimer's Disease International.* Por lo tanto, estamos bien imbuidos de lo que son las demencias, tanto en Uruguay como a nivel global.

SEÑOR PÉREZ.- Agradecemos a la comisión por recibirnos.

Solicitamos esta reunión –adelanto que solicitaremos otra, más adelante, porque hemos realizado un plan nacional de demencias que estamos presentando a las autoridades– porque queríamos plantear algunas singularidades que nos preocupan en relación a este proyecto de ley sobre salud mental a consideración de la comisión.

Quisiera ubicar muy brevemente el punto. En el mundo, a medida que la población va envejeciendo, el tema de las demencias va tomando cada vez más relevancia.

En el año 2012 la OMS sacó un reporte exhortando a los gobiernos del mundo a declarar la demencia como una prioridad de salud pública. Al respecto, hay una serie de tratados y acuerdos internacionales que nuestro país ha ratificado o está en vías de ratificar, que de alguna manera dan cuenta del tema de la protección de las personas con demencia y de los derechos humanos de las personas mayores en general y en particular con demencia.

En Uruguay no tenemos cifras de estudios epidemiológicos en relación a ello –en realidad, hay una situación un tanto fragmentada en relación al tema de las demencias y a los sistemas de atención y de cuidados– pero algún informe internacional plantea que hay 54000 personas con demencia en el país. Si los señores senadores desean, después en formato electrónico podemos proporcionales la información que está en libros y artículos; no la trajimos impresa. El informe de ADI Bupa –Asociación Internacional de Alzheimer para toda Latinoamérica– plantea que hay 54000 personas con demencia en el país. Si pensamos que la demencia, la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia no afectan solo a una persona, en términos cuantitativos estamos hablando de una –o la principal– problemática de salud mental del país.

De acuerdo con este mismo informe de ADI Bupa, del año 2010, se calcula que el costo ocasionado por la causal de demencia es de USD 7787 por persona y por año, que corresponde al 1.05 % del producto interno bruto de ese año, que según se estimó fue de USD 40.000:000.000 Estamos hablando de un problema de salud mental importante en todos sus aspectos –de salud, económico y social– que está totalmente invisible en nuestro país. Solicitamos esta reunión para informar a los señores senadores cuál es la situación –que la conocieran– y ver cómo se puede empezar a tomar medidas para revertirla.

A mediados del año pasado la OPS elaboró –nuestro país participó y brindó su apoyo– una estrategia y plan de acción sobre demencia y otros trastornos discapacitantes en personas mayores.

Los gobiernos integrantes de la OMS –en este caso de la OPS de la región– se han comprometido a realizar acciones para recuperar y mantener la capacidad funcional de las personas, evitar dependencias, mejorar la capacidad de vida, etcétera.

En conjunto con Audas hicimos un estudio durante dos años –soy profesor titular, Grado V, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y estoy terminando mi tesis doctoral en salud mental comunitaria sobre el tema de las demencias, que voy a entregar el próximo mes– relevando la situación de las demencias en el país. Los primeros datos que tenemos nos llevan a plantear que en este momento el Estado no está pudiendo garantizar los derechos de las personas con demencia y de sus familiares. Por ejemplo: en el estudio que relevamos vemos que al 63 % de las personas con demencia no se le comunica su diagnóstico; no saben lo que tienen.

Actualmente, los tratamientos de las demencias –tal como lo indican las guías internacionales– son básicamente farmacológicos sintomáticos y no farmacológicos, pero en este momento el sistema de salud está brindando únicamente tratamientos farmacológicos; no hay disponibilidad de tratamientos no farmacológicos.

Por otro lado, aparecieron algunos aspectos positivos en los cuales nos apoyamos: hay una accesibilidad importante y casi una cobertura universal del sistema de salud de las personas mayores y con demencia; no podemos hablar de ningún tipo de discriminación por edad, por región ni por nivel socioeconómico. El informe –que es el estudio de mi tesis– fue financiado por el Ministerio de Desarrollo Social y está publicado en el libro que editó el año pasado en relación al tema cuidados. O sea que tenemos aspectos positivos y otros bastante complicados en los que queremos trabajar.

En base a esto hemos trabajado en un Plan Nacional de Demencia que específicamente después vamos a presentar a los señores senadores y queríamos ver el *link* con la ley nacional de salud mental. En ese sentido, queríamos plantear la importancia de que se contemplaran estas problemáticas dentro de la ley. Me podrán decir que no se contempla ninguna población específica pero, en realidad, sí se las contempla; se hace referencia a trastornos mentales severos y persistentes, y al consumo problemático de drogas y otras sustancias psicoactivas. Quiere decir, entonces, que sí se están contemplando problemáticas o poblaciones específicas.

Este proyecto de ley es, básicamente, similar a casi todas las leyes de salud mental que hay en la región –eso es justo decirlo–, y la ley argentina es un ejemplo claro de eso. A propósito, estoy realizando mi doctorado en la Universidad Nacional de Lanús, que está muy vinculada a toda la línea de salud mental que estuvo involucrada en la ley de Argentina. En general, en las leyes de salud mental están muy pensados los movimientos de desinstitucionalización, lo que nos parece correcto y, además, concuerda con las políticas internacionales actuales. Sin embargo, muchas veces se deja de lado esta problemática de salud mental que es muy importante.

Más allá del diálogo que podamos tener con respecto a estos temas, queremos señalar puntualmente que en el capítulo I de la exposición de motivos –referido a las disposiciones generales– pensamos que se debería nombrar a las personas que padecen demencias y enfermedad de Alzhéimer, o mencionar las problemáticas de las demencias, sobre todo cuando se expresa que el consumo problemático de sustancias psicoactivas debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental. Pensamos que las problemáticas de las demencias y de otros trastornos relacionados también deberían ser incorporadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Asimismo, en el capítulo IV de la exposición de motivos –que en la parte referida a la interinstitucionalidad define el trastorno mental severo y persistente– debería incluirse una definición de las demencias como parte integrante de la ley.

Yendo al proyecto de ley en sí mismo, en el artículo 5.º –dentro de las disposiciones generales y vinculado con la exposición de motivos–, cuando se habla de que el consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de políticas de salud mental, sugerimos que evalúen la posibilidad de incorporar algo así como que las problemáticas de las demencias y de la enfermedad de Alzhéimer también serán incluidas dentro del marco de las políticas de salud mental.

Si bien el texto del proyecto de ley está muy bien pensado en toda su estructura, su interinstitucionalidad y su propuesta intersectorial hacia los trastornos mentales –básicamente, esquizofrenia y psicosis, toda esa clase de trastornos mentales severos y persistentes–, pensamos que

en el marco de una ley general podrían nombrarse específicamente las problemáticas de las demencias para que quedaran contempladas. Eso daría cobertura legal y por lo menos de institucionalidad a estas personas que hoy día están por fuera de un marco legal porque no están incluidas dentro de ningún marco jurídico específico de protección, salvo los de carácter internacional que ha suscrito el país.

El capítulo V del proyecto de ley refiere al abordaje que va a tener la ley de salud mental. El artículo 15 refiere a la integralidad de las prestaciones; el 16, a los niveles de atención; el 21, a la rehabilitación; y el 22 trata específicamente el tema de las residencias asistidas. Claro, en una ley pensada básicamente para trastornos de psicosis, para trastornos mentales persistentes y severos, sin duda que las residencias asistidas deben constituir un capítulo específico para el abordaje de esas problemáticas. A este respecto, sugerimos que se evalúe la posibilidad de agregar un artículo o de incluir en ese mismo artículo los centros diurnos además de las residencias asistidas.

En realidad, lo que el informe de la OMS plantea a nivel internacional son políticas de abordaje no farmacológico que no son las brindadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud que proponemos puedan aplicarse conjuntamente con este sistema, que se favorezca la existencia de centros diurnos específicos que cuenten con un nivel de control por parte del Estado, sobre todo en lo que tiene que ver con los derechos humanos de las personas.

Además, sugerimos que donde dice, «se establecerán programas de residencias asistidas», se agregue, «se establecerán programas de centros diurnos para la atención de personas con demencia».

Por último, en el artículo 39 del capítulo VI, relativo al órgano de contralor, sugerimos que en vez de que esté en la órbita del Ministerio de Salud Pública, les pedimos que lo evalúen, porque si bien es un órgano de revisión enfocado a los trastornos mentales severos persistentes, para el caso de las personas con demencia sería muy positivo que exista un órgano independiente que pueda revisar la calidad de las prestaciones, principalmente, lo que tiene que ver con la violación de los derechos humanos que cotidianamente se sigue produciendo por carecer de marco normativo. Nosotros no estamos atribuyendo intencionalidad, simplemente estamos describiendo una situación que se da por la falta de marco regulatorio. Por lo tanto, nos parece que sería bueno que ese organismo no estuviera dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública sino que fuera independiente.

Esto fue un poco lo que ocurrió cuando se realizó la reforma de salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde se separó al prestador, del controlador y del hacedor de políticas. Nos parece que el controlador de políticas debería estar por fuera del Ministerio de Salud Pública –más allá de que debería integrar ese organismo–, pero lo estamos pensando más en la línea de la interinstitucionalidad sobre cómo se logra la independencia. Ha habido experiencias a nivel internacional –tenemos el caso de Argentina– que aunque han tenido algunas dificultades, hoy se están promoviendo en otros países de la región como Perú y Ecuador.

Hasta aquí nuestro planteo sobre el proyecto de ley.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos su presencia y les pedimos que acerquen los documentos a la secretaría para poder tenerlos como insumos.

(Se retira la Asociación Uruguaya de Alzheimer y similares, AUDAS).

(Ingresa a sala la delegación del Colectivo Radio Vilardevoz).

–Le damos la bienvenida al Colectivo Radio Vilardevoz, quienes han solicitado una entrevista en el marco de la discusión del proyecto de ley de salud mental. Nos acompañan los señores Gustavo Bautista, Rúben Vianessi, Gabriel Román y Luis Silva, la señora Olga Azikián y la licenciada Laura Reina, quien nos mostrará una proyección.

SEÑORA REINA.- Buenas tardes a todos.

En primer lugar, queremos agradecerles por habernos dado este espacio. Intentaremos aprovechar al máximo el tiempo que disponemos y trataremos de ser lo más sintéticos posible. Valoramos muchísimo esta instancia en la que podemos presentar los argumentos y motivos por los cuales estamos peleando por la ley de salud mental.

Vilardevoz es un colectivo que viene trabajando desde hace dieciocho años desde una perspectiva de derechos humanos, tratando de darle voz a aquellos que no la tienen. Quienes me acompañan vinieron a acompañarnos; pidieron para entrar y me pareció que era positivo. Ellos asisten con nosotros a todos lados y están involucrados en todo esto. Lo que les vamos a presentar parte, de alguna manera, de su propia experiencia, de las vivencias que tienen diariamente y de la experiencia en el Hospital Vilardebó en nuestra tarea cotidiana. Me parece que esto es como una retroalimentación: ellos se nutren de todo y siguen trabajando con nosotros por estas cuestiones.

Vilardevoz es un proyecto comunicacional, participativo, que desde hace dieciocho años está en el centro diurno del Hospital Vilardebó. A la vez que es una radio comunitaria y un medio de comunicación que intenta poner en el tapete la incidencia social de estos temas, en los que estamos involucrados, es un dispositivo de intervención.

A continuación, vamos a ver un cuadro comparativo que realizamos en el colectivo. Para su elaboración tomamos, por un lado, los artículos del anteproyecto que está en este momento a estudio, con cuya redacción no estamos de acuerdo. A su lado, planteamos la propuesta de la Radio Vilardevoz para cada uno de los artículos y, a la derecha de ello, los argumentos que nos llevaron a realizarla.

Como decía, este documento que dejaremos en poder de la comisión recoge los artículos del proyecto de ley de salud mental presentado por el Poder Ejecutivo, así como las diferencias que el colectivo Vilardevoz considera sustanciales.

La exposición de motivos de dicho proyecto declara que se apunta a un cambio de modelo de atención, a un cambio de paradigma en salud mental. Sin embargo, pensamos que el articulado de ese anteproyecto no refleja lo que dice la exposición de motivos y lo que es el espíritu de por qué queremos una nueva ley de salud mental. Tampoco refleja este cambio de modelo ni el cambio de paradigma.

Creemos que en el articulado no quedan claras ciertas cuestiones que, entendemos, deberían quedar plasmadas en una ley para que realmente se concrete ese cambio que todos queremos. En tal sentido, pensamos que se deberían implementar medidas concretas que obliguen a los prestadores y a los profesionales a modificar prácticas y procedimientos que son aplicados en la actualidad, que parcializan la mirada hacia el padecimiento de la persona, restringen los abordajes y limitan la posibilidad de participar y decidir de las personas sobre sus tratamientos. En consecuencia, vulneran derechos y anulan su reconocimiento como sujeto de derecho.

Consideramos que el anteproyecto presentado estaría perpetuando el modelo actual. Digo esto porque, si bien reconocemos que este presenta muchos adelantos y estamos sumamente conformes de que se contemplen en la ley –como, por ejemplo, la parte de la interinstitucionalidad, que nos parece sumamente importante–, cuando vamos a la parte de los abordajes en atención de salud, advertimos que se sigue perpetuando el mismo modelo que tenemos hoy. Si no se cambian las prácticas que actualmente se llevan adelante, no hay manera de que cambien las consecuencias que hoy sufrimos. Digamos que el estado actual de la salud mental no va a cambiar si no se modifican prácticas cotidianas que están atravesadas por lógicas manicomiales, por una lógica de la exclusión, por una lógica del encierro, incluso a veces desde el mismo ejercicio de la profesión. Aclaro que en esto hablo de todas las disciplinas que están involucradas, no solamente de la medicina, aunque que

es la principal. En las prácticas de todas las disciplinas que intervienen en el abordaje de la salud mental existen concepciones que facilitan o habilitan a que se vulneren derechos. Esto hace mucho tiempo que se viene revisando. Hay recomendaciones de los organismos internacionales en cuanto a eso y, en base a esas recomendaciones y a la experiencia cotidiana, nosotros hemos elaborado estas cosas, con la intención de que realmente exista un cambio de modelo hacia un cambio de paradigma.

Si no cambiamos eso y si tenemos la oportunidad histórica en este momento de tener una nueva ley de salud mental y no logramos introducir esos cambios fundamentales, no solo estamos desaprovechando una oportunidad sino que, además, me parece que estamos legitimando prácticas que nos están llevando a la situación que tenemos hoy en la salud mental.

Tenemos algunas diferencias en cuanto a las concepciones. Si ustedes van al Capítulo I, Disposiciones Generales, en su artículo 2.º hay una definición en el anteproyecto presentado que, si bien es bastante completa, alude a un estado de bienestar de la persona. Entre otras cosas dice que se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades. Nosotros vemos a la salud mental como un proceso dinámico que está determinado por los componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, siendo una parte fundamental de la salud integral. O sea que lo vemos como un proceso dinámico, no como un estado, porque el estado alude a una cuestión estática, y el proceso –como nosotros preferimos llamarle– alude a esta cuestión dinámica de que puede cambiar, y también a esta cuestión multidimensional. Esto que parece un tema de definiciones nada más, es de concepciones, y en base a esto es que después pensamos todas las demás cuestiones que proponemos. Nosotros pensamos la salud mental como un campo multidimensional que está atravesado por diferentes factores. La salud mental está atravesada por componentes históricos, pero también tiene que ver con cuestiones biológicas –claro que sí–, psicológicas, vinculares, etcétera.

Haciendo esta aclaración en cuanto a la definición, vamos directo al capítulo de abordajes. Hice la aclaración de la definición porque eso sustenta, de alguna manera, estos artículos que nosotros proponemos. En el capítulo V, Abordaje, vemos que en el artículo 19 establece: «Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial».

En este capítulo, Abordaje, que es uno de los más importantes a nuestro entender, pensamos que este asunto no puede quedar en una cuestión de «debe promoverse», porque eso no obliga. Hoy en día, de hecho, se promueve que existan equipos interdisciplinarios, pero pensamos que tiene que decir que la atención en salud mental «deberá estar a cargo de equipos interdisciplinarios». No concebimos la atención de una salud mental, que está atravesada por todas esas dimensiones que acabamos de mencionar, desde abordajes que no sean interdisciplinarios, que no integran las diferentes miradas. Ese es un debe muy grande y es donde más vemos que surgen las diferentes fallas en la atención de la salud mental específicamente. Pensamos que el articulado tiene que decir que deberá estar a cargo para que eso sea una obligación y que no quede después a criterio del prestador si tiene o no un equipo interdisciplinario.

También establecimos que esto tiene que ser en todos los niveles de atención y que tiene que estar integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Le agregamos que en las localidades en las que no se cuente con los recursos humanos necesarios o suficientes para dar cumplimiento a esa disposición, en todo caso, se prevea poder hacerlo de forma paulatina. Hemos hecho esta inclusión porque nos han argumentado que no existen los recursos humanos necesarios para integrar equipos interdisciplinarios en todos lados y que, por ejemplo, hay carencias en el interior del país y mucha dificultad para conformar equipos. Nosotros pensamos que esto es más bien una excusa. Es verdad que en algunos lugares no existen esos recursos humanos, pero eso es algo que se puede ir solucionando en la ley o en la reglamentación diciendo que se va a ir aplicando a medida que se vayan consiguiendo los recursos. De todos modos, nos parece importante que esté esa obligatoriedad en cuanto a los abordajes interdisciplinarios.

«Los equipos básicos del primer nivel de atención» –lo mismo que dice el artículo original– «constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial». Por último, para terminar con este artículo, nosotros le agregamos cómo tiene que ser el equipo básico especializado en salud mental. Esto en un principio estaba en los lineamientos generales que el Ministerio de Salud Pública elevó como insumo para la elaboración junto con organizaciones y con otros actores como la Academia y algunos ministerios. En ese documento sobre los lineamientos generales se incluía esta descripción de un equipo básico, o sea que entre todos se llegó a un consenso de que se estipulara. Eso no quita que después, dependiendo del nivel de atención o de la situación, se vayan agregando otros. Sin estas disciplinas no podemos hablar de un equipo. Se puede decir que hay un equipo, pero en realidad solo se cuenta con un médico y una enfermera. En realidad, para que realmente quede estipulada esta obligatoriedad consideramos que el equipo interdisciplinario básico especializado en salud mental se integrará con las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería, sin perjuicio de otras disciplinas que se requieran de acuerdo a la complejidad de la atención y las necesidades particulares de las poblaciones. Esa es la redacción que estamos proponiendo. Como ya he mencionado, incluimos la obligatoriedad de que el abordaje sea multidisciplinario porque se trata de una situación compleja y porque la salud mental está atravesada por todas estas dimensiones.

Este artículo es muy resistido por otros actores que vinieron a la comisión. Creo que en realidad eso tiene que ver con que se niegan a perder núcleos de poder de determinadas disciplinas y ese nos es el punto. Nos tenemos que fijar cuál es el derecho que tienen las personas de atenderse y no si el poder lo tiene una u otra disciplina. Hay que centrarse en el derecho de las personas de atender su salud mental. Ese tiene que ser el foco fundamental.

Queremos agregar que el siguiente artículo no está en el proyecto, pero nos parece que tiene que quedar claro porque se vincula con algunas cosas que nosotros vemos a diario en el hospital. Concretamente queremos que exprese: «La indicación de tratamientos y diferentes terapéuticas deberá responder a las necesidades de las personas consideradas en su integralidad e individualidad, exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de otros abordajes o cuidados especiales. Los profesionales intervinientes en el tratamiento realizarán las indicaciones en el marco de abordajes interdisciplinarios».

Para elaborar este texto nos hemos nutrido con otras legislaciones de América Latina, por ejemplo, en este último caso tomamos una parte de uno de los artículos de la ley de salud mental argentina, que si bien contiene disposiciones que no son aplicables introduce muchos avances en este sentido.

Entendemos que al establecer que no se pueden aplicar tratamientos con otra finalidad que no sea la terapéutica se otorgan más garantías. Como todos sabemos y hemos visto en las noticias, la falta de recursos terapéuticos y de otros tipos de abordajes tiene sus consecuencias. Entonces, puede ocurrir que una paciente sea encerrada en una sala de contención y luego termine suicidándose. En estos casos, se actúa sin supervisión. Pero, ¿los técnicos disponían de otros recursos? No lo sabemos, pero en los hechos, a veces, para que los pacientes se queden tranquilos, para que no molesten, se utilizan determinadas terapéuticas que no tienen el objetivo de sanar o de curar.

Cuando presentamos esta propuesta en algunos ámbitos se han enojado mucho, incluso, nos han preguntado si queremos decir que eso pasa. La verdad es que sí pasa. Por eso, nosotros queremos tomar todos los recaudos necesarios y que esta propuesta figure en la nueva ley, a efectos de que muchas de estas situaciones no sigan ocurriendo.

Consulto a la presidencia si disponemos de más tiempo.

SEÑORA PRESIDENTA.- En realidad, estamos bastante justos de tiempo.

SEÑORA REINA.- Pues bien, rápidamente quiero referirme a las alternativas con base en la desinstitucionalización. Es decir, estamos de acuerdo en que se cierren los hospitales monovalentes que atienden la salud mental, como por ejemplo el Hospital Vilardebó y las colonias –que son las

estructuras asilares que aparecen en el gráfico–, pero queremos asegurarnos de que existan efectivamente alternativas para el tratamiento de estos pacientes. Desde ahí se desprende una serie de posibilidades. Hay personas que de verdad no tienen hogar, hay personas que necesitan ayuda por un tiempo y luego pueden volver a sus hogares, o sea, hay toda una serie de posibilidades que supongo quedará a cargo de la reglamentación.

La idea es, entonces, que en la ley se asegure el hecho de que al cerrar los hospitales y las colonias los pacientes tendrán un lugar donde serán tratados. Nosotros tenemos una propuesta concreta que refiere a la creación de centros psicosociales comunitarios a nivel territorial, que es una estructura parecida a la establecida en Brasil a partir de su reforma. Consideramos que hoy en día con los recursos que disponemos, como las casas asistidas, los hogares de medio camino y otras estructuras –imagino que se deberá destinar un presupuesto y demás recursos– si se coordina adecuadamente se puede instrumentar. No pensamos que sea algo que esté muy alejado de la realidad ni que requiera un presupuesto enorme. De hecho, las colonias, como la Etchepare, insumen muchos recursos, sin embargo, son utilizados de la forma que todos conocemos.

Por otra parte, pensamos que debe existir un capítulo específico en cuanto a los recursos humanos.

En el anteproyecto, los señores senadores podrán observar referencias en cuanto a la formación de los recursos humanos, a la capacitación y a una reorganización, pero se encuentran sueltos, en diferentes lugares, señalando nada más que dos o tres aspectos. A nuestro entender, ello debe figurar en un mismo capítulo y hacer mucho hincapié en la capacitación, y que los prestadores de servicios de salud –tanto públicos como privados– estén obligados a capacitar a sus recursos humanos y que además se integre una cuestión de cuidado de los recursos humanos. Téngase presente que se trata de personas que trabajan con situaciones súper críticas y complejas –como las de la salud mental– que generan un desgaste en el personal de la salud, que vemos a diario. Entonces, se debería integrar la capacitación con mecanismos de cuidados para el personal, respecto de lo cual hay un montón de recursos y bibliografía.

Por último nos queremos referir al órgano de contralor.

El proyecto de ley presentado por el ministerio, estipula una comisión nacional de contralor de la atención, que estaría en la órbita de la propia cartera. En realidad, el Ministerio de Salud Pública ya tiene la competencia de controlar porque –hasta donde sabemos– es la policía sanitaria. Sin embargo, lo hace de la manera que se lleva adelante hoy en día. No nos oponemos a ello y nos parece que está bien –el ministerio debe hacer ese contralor–, pero nos parece que se otorgarían mayores garantías si existiera un órgano autónomo e independiente del Ministerio de Salud Pública, del poder político, del poder disciplinar y de las lógicas de mercado, para garantizar dicha independencia. Proponemos que el órgano de revisión quede incluido en la órbita de la institución de derechos humanos –dejaremos un material al respecto– y queremos que se dote de la mayor cantidad de recursos y de los mecanismos necesarios para que pueda funcionar independientemente, pudiendo controlar que se cumpla la ley y las prácticas que se desarrollen en los centros hospitalarios y de atención. Asimismo proponemos una integración, digamos, diversa en la que se incluyan diferentes disciplinas y actores involucrados en el área de la salud mental, con participación de trabajadores, de organizaciones sociales, usuarios y familiares. Entendemos que esto debe funcionar de la forma más independiente posible y, repito, haciendo ese ejercicio de controlar que se cumpla la ley, que existan prácticas que no violen los derechos humanos. Pedimos que sea un órgano que también pueda efectuar denuncias en caso de ser necesario.

Dejaremos a la comisión un material con toda la integración que estamos proponiendo.

Hay más artículos en los que nos gustaría profundizar, pero como vamos a dejar el material a los señores senadores, no entraremos ahora en esos detalles.

Existen más artículos que creemos también se debería rever la redacción, pero seleccionamos aquellos que si no se modifican, pueden dar lugar a que –como mencioné– se sigan

vulnerando derechos o a que se siga el mismo modelo pero con lindas palabras sobre derechos humanos, etcétera.

Si los señores senadores tienen alguna pregunta, entre todos podemos responderlas. Imagino que habrá otras instancias como para seguir profundizando.

SEÑORA AZIKIÁN.- Hoy en Uruguay hay ocho razones para tener una nueva ley sobre salud mental justa, inclusiva y humanizadora. ¡No a los depósitos de pobres, no a las lógicas manicomiales!

El colectivo de radio Vilardevoz elaboró un plan con las ocho razones para que se apruebe el proyecto de ley sobre salud mental, que se las estamos entregando.

SEÑOR BAUTISTA.- Me gustaría que se aprobara el proyecto de ley para que, podamos tener otra forma de atender nuestra propia salud, al mismo tiempo que se capacite a las personas vinculadas al área de la salud; este país tiene muchos vicios.

Nada más.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos su concurrencia. Vamos a adjuntar la información que nos brinden. Saben que pueden seguir toda la discusión por las versiones taquigráficas que son públicas. Inclusive pueden hacer sus aportes por medio de la secretaría, más allá de todo el material que nos vayan a dejar.

(Se retiran de sala los miembros del colectivo Radio Vilardevoz).

–Me gustaría que quedara constancia en la versión taquigráfica de que para la próxima reunión vamos a convocar a representantes de la Facultad de Psicología y de la Institución Nacional de Derechos Humanos del Uruguay, si se puede en las fechas que nos comunicó el señor senador Carámbula para poder adelantar la entrevista. Invitaremos, además, a representantes de las cátedras de psiquiatría de adultos y pediátrica. Y en caso de ser necesario, convocaríamos a una sesión extraordinaria.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 18:27).